

**ФОРМА ЗАПРОСА НА ОСВОБОЖДЕНИЕ ОТ ПРОГРАММЫ CalWORKs**

ПОЖАЛУЙСТА, ПИШИТЕ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ

ВАШЕ ИМЯ, ФАМИЛИЯ		<b>COUNTY USE ONLY (ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ)</b>	
АДРЕС	УЛИЦА	CASE NAME	
ГОРОД	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС	CASE NO.	
ТЕЛЕФОН ( )		COUNTY	OTHER ID NO.
<b>ВОПРОСЫ? ОБРАТИТЕСЬ К РАБОТНИКУ.</b>		WORKER NAME	WORKER PHONE NO. ( )

Большинство совершеннолетних могут получать денежную помощь программы CalWORKs только 48 месяцев (4 года). Лицо, не имеющее освобождение, обязано участвовать в деятельности программы CalWORKs WTW как условие для получения помощи.

**ИНСТРУКЦИИ КЛИЕНТУ:**

Если вы ответите "Да" на любой из этих вопросов, вы можете быть освобождены от 48 месячного лимита времени программы CalWORKs и участия в 24-х месячном ограничении времени программы WTW на месяц или дольше. Возможно, вам придется предоставить информацию, чтобы помочь округу определить, должны ли вы быть освобождены. Пожалуйста, ответьте на все вопросы. **Округ не может ответить на эти вопросы вместо вас. Пожалуйста, обязательно подпишите и поставьте дату на обратной стороне этой формы.**

**ДА НЕТ Освобождение от 24-х месячного ограничения времени и от участия в программе Welfare-to-Work**

- |                          |                          |   |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. Вы беременны, и доктор заявляет, что вы не можете работать или участвовать в деятельности программы WTW: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 20 часа в неделю, если вы одинокая мать с ребенком в возрасте до 6 лет.</li> <li>• 30 часов в неделю, если вы одинокая мать с без ребенка(детей) в возрасте до 6 лет.</li> <li>• 35 часов, если в семейной группе два родителя.</li> </ul> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. Вы являетесь родителем или присматривающим за ребенком в возрасте _____ или младше? (В зависимости от округа, вы можете быть освобождены, если ваш ребенок в возрасте 12 недель или младше, шесть месяцев или младше, 12 месяцев или младше.) Это освобождение предоставляется <u>только один раз в течение жизни</u> .  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. Если вы воспользовались освобождением № 2, родили ли вы недавно или стали присматривать за ребенком? (В зависимости от округа, вы можете быть освобождены на срок от 12 недель до 6 месяцев.)  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. Являетесь ли волонтером полный рабочий день в программе Volunteers in Service to America (VISTA) (Добровольцы на службе Америке)?  |

**ДА НЕТ Исключения из программы CalWORKs на 48-месяцев и 24-х месячного ограничения времени программы WTW**

- |                          |                          |   |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. Вы в возрасте 16 или 17 лет, у вас есть диплом об окончании средней школы или приравненный к нему и вы записаны или планируете записаться в программу школьного или профессионального обучения или техническое училище?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. Вы не можете регулярно, в течение как минимум 30 дней, участвовать в деятельности программы WTW по физическим причинам или причинам психологического характера, как минимум: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 20 часа в неделю, если вы одинокий родитель с ребенком в возрасте до 6 лет.</li> <li>• 30 часов в неделю, если вы одинокий родитель с без ребенка(детей) в возрасте до 6 лет.</li> <li>• 35 часов, если в семейной группе два родителя.</li> </ul> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. Вы присматриваете за ребенком, который находится под присмотром суда или может быть отправлен на временное воспитание, и не являетесь его родителем?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8. Вы находитесь дома для присмотра за кем-либо из семейной группы, кто не в состоянии ухаживать за собой (человек болен, инвалид или т.п.) и из-за этого вам трудно работать или участвовать в деятельности программы WTW?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9. Имеете ли вы право на участие, участвуете в, или освобождены от программы Cal-Learn? Не относится, если вы в возрасте 19 но не участвуете в программе Cal-Learn добровольно.   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10. Проживаете на территории принадлежащей индейцам в том определении, которое дано этому термину федеральным законодательством, на которой как минимум 50 процентов совершеннолетних лиц являются безработными.? (Это исключение относится только к 48-ти месячному ограничению времени, но не к освобождению от участия в программе WTW.)   |
|                          |                          | 11. Вы являетесь родителем или присматривающим за ребенком в возрасте от 0 до 23 месяцев? Это освобождение предоставляется <b>только один раз в течение жизни</b> , начиная с 1/1/2013. Вы можете воспользоваться им сейчас, если имеете на это право или сохранить его на случай, если у вас родится еще один ребенок.   |

**ЧТОБЫ УЗНАТЬ О ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ИСКЛЮЧЕНИЯХ, ПОЖАЛУЙСТА, ПРОЧИТАТЕ ОБРАТНУЮ СТОРОНУ ЭТОЙ ФОРМЫ.**

## ФОРМА ЗАПРОСА НА ОСВОБОЖДЕНИЕ ОТ ПРОГРАММЫ CalWORKs

---

---

### **Освобождение от 24-х месячного ограничения времени и от участия в программе Welfare-to-Work**

Вы не будете обязаны участвовать в программе WTW и 24-х месячное ограничение времени программы WTW остановится, если любое из нижеуказанного относится к вам.

- Вы моложе 16 лет.
- Вам 16, 17 или 18 лет и вы обучаетесь в средней школе или в школе для совершеннолетних.
- Вам 60 лет или больше.

Вам НЕ нужно сдавать эту форму для этих исключений

---

### **Исключения из 48-месячного ограничения по времени программы CalWORKs**

Месяц помощи не будет зачтен в 48-месячный лимит времени, если любое из нижеуказанного относится к вам.

- Вы не получили денежную помощь программы CalWORKs, т.к. сумма помощи была меньше \$10.
- Сумма вашей денежной помощи была полностью погашена алиментами на ребенка.
- Вы получаете только услуги по поддержке, как например: присмотр за детьми, транспортные услуги и ведение вашего дела.
- Вам 60 лет или больше.

Вы НЕ обязаны запрашивать эти освобождения в этой анкете. Вы можете обратиться к работнику, ведущему ваше дело, если любое из вышеуказанного относится к вам.

---

### **Освобождение от ограничения программы CalWORKs для жертв домашнего насилия**

Если вы или член семьи являетесь жертвой домашнего насилия или были жертвой насилия раньше и округ определил, что ваше состояние или обстоятельства не позволяют вам постоянно работать или участвовать в деятельности программы WTW, округ может освободить вас от 48-месячного лимита времени программы CalWORKs и/или программы WTW и требований по участию в этой программе. Вы не должны заполнять эту форму для получения освобождения от ограничения времени. Вы можете обратиться к работнику округа для запроса об освобождении от лимита времени из-за домашнего насилия.

- Вас известят в письменном виде, освободили ли вас от 48-месячного лимита времени программы CalWORKs, 24-х месячное ограничение времени программы WTW и причину.
- Вас могут попросить представить округу подтверждение вашей причины запроса на освобождение.
- Если вы не согласны с округом, вы можете попросить о слушании вашего дела администрацией штата.
- В зависимости от ситуации, положение вашего дела может быть пересмотрено каждый месяц чтобы определить, продлить ли ваше освобождение.

---

ВАША ПОДПИСЬ

ДАТА